



## Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

29 | 2011

Révolutions arabes : la «divine surprise», ses acteurs,  
son avenir

---

# Médecins du Monde en Somalie : l'art difficile du travail à distance

Stéphane Berdoulet

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/924>

ISBN : 978-2-918362-47-0

ISSN : 2105-2522

### Éditeur

Médecins du Monde

### Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2011

ISSN : 1624-4184

### Référence électronique

Stéphane Berdoulet, « Médecins du Monde en Somalie : l'art difficile du travail à distance », *Humanitaire* [En ligne], 29 | 2011, mis en ligne le 03 janvier 2012, consulté le 07 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/924>

---

Ce document a été généré automatiquement le 7 mai 2019.

© Tous droits réservés

---

# Médecins du Monde en Somalie : l'art difficile du travail à distance

Stéphane Berdoulet

---

- 1 Tout a débuté en 2007 à Merca, dans le Lower Shabelle, à quelque 80 kilomètres au sud de Mogadiscio, sur la côte sud de la Somalie. La ville concentre près de deux cent mille personnes, en majorité des clans minoritaires ou des personnes en situation de déplacement suite au conflit qui déchire la région. Longtemps sans réelle administration, même depuis la prise de contrôle par les miliciens Al-Shabaab fin 2008, la ville ne propose toujours pas de services de santé de qualité accessibles à la population. Depuis 1991 et la chute de Syad Barre, le pays n'a d'ailleurs jamais connu la stabilité nécessaire au maintien du système de santé auquel les populations sont en droit d'aspirer. Ce programme fut le résultat d'un engagement fort du conseil d'administration de *Médecins du Monde* (MdM) dans le sens d'un positionnement en zones de conflits.
- 2 Pourtant, fin 2008, MdM se résignait à convertir un suivi *in situ* en un management à distance du programme. C'était la seule réponse possible au dilemme de maintenir l'accès aux populations à l'assistance humanitaire quand l'administration Al-Shabaab refusait la présence d'internationaux sur Merca. Une telle décision se devait d'être temporaire et était alors conçue comme le dernier recours avant une suspension. Le projet a néanmoins perduré jusqu'au début 2011, date de sa fermeture définitive.
- 3 À distance de cette décision forte, il est intéressant de relire de manière synthétique l'histoire du programme et son développement, les réflexions partagées au fur et à mesure au sein de l'équipe et au siège, et les leçons tirées de cette expérience spécifique, dans le contexte sud-somalien.

## Une démarche empirique

- 4 Partie sans acception claire du mode de travail « à distance », l'équipe de MdM en Somalie a peu à peu collecté les éléments qui définissent les conditions du possible et du vouloir. Paradoxalement, c'est à ce moment-là que le choix de la fermeture s'est imposé. En

d'autres mots, un raisonnement inductif a amené à préciser les modalités du travail à distance de MdM en Somalie et d'en décider – dans un contexte donné – la fin.

- 5 « Contrôle à distance », « management à distance », « support à distance », « partenariat à distance »... D'aucuns verront une logique de progression d'une situation à l'autre. D'autres trouveront derrière ces termes des approches ontologiquement différentes d'une seule et même situation opérationnelle, s'éloignant les unes des autres par leur capacité à investir une confiance envers les opérateurs restés sur place. À Merca, MdM a préféré construire une « opérationnalité » du travail à distance, plutôt que d'investir le débat sémantique. Nous essaierons ci-après d'en présenter les raisons, les moyens et les limites.

## Le double impératif d'agir en Somalie

- 6 En 2005, MdM lance des missions d'évaluation dans la Corne de l'Afrique frappée à l'époque par un épisode d'extrême sécheresse. L'analyse est alors qu'il relève de l'impératif humanitaire d'établir un accès en matière de soins de base aux populations civiles somaliennes. Deux années sont nécessaires pour appréhender les complexités du contexte et définir une approche pertinente et adaptée aux contraintes de la zone. L'opportunité en 2007 d'une réponse Choléra en urgence à Merca, dans le Sud-Somalie, décide du premier site d'implantation d'une offre complète en soins de santé primaire pour la population générale, avec une attention particulière pour les femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans. Les centres sont alors dotés en équipements et matériels médicaux et pourvus de personnels supervisés directement par une équipe de coordination MdM. L'objectif était de faire bénéficier cette population d'un service de soins de qualité, gratuit et non discriminant (notamment d'un point de vue clanique), et qu'elle accède sans frais à une liste de médicaments essentiels répondant aux standards internationaux.
- 7 Si le démarrage n'a été possible qu'avec l'obtention d'un financement institutionnel (coopération britannique – DFID), la persévérance relève d'un impératif politique pour l'organisation : être présent, en zone de conflit en général, dans ce théâtre hautement symbolique de l'action humanitaire qu'est la Somalie.
- 8 Fin 2008, la prise de contrôle de la ville de Merca par une nouvelle administration a définitivement rebattu les cartes de l'intervention de MdM. En effet, les Al-Shabaab (Harakat al-Shabaab al-Mujahideen), groupe islamiste somalien issu de la fraction la plus dure de l'Union des tribunaux islamiques, n'a plus jamais laissé de porte ouverte à une présence de cadres non somalis, affirmant une méfiance extrême envers les ONG étrangères.
- 9 C'est aussi à partir de ce double impératif, humanitaire et politique, que se formalise la décision de maintenir une offre de soins malgré le départ forcé des cadres expatriés de Merca. Émerge alors une définition – sur la base de l'expérience – de cette nouvelle situation. Le travail à distance devient une modalité opérationnelle en réponse à un changement de contexte qui a amené à retirer le personnel international, impliquant un transfert de responsabilités dans la mise en œuvre du projet à un personnel national et un suivi des activités depuis un autre lieu, en l'occurrence Nairobi, au Kenya.<sup>i</sup>

## L'adaptation aux contraintes afférentes

- 10 S'est immédiatement posée la question sur la manière d'améliorer le caractère intrinsèquement imparfait de cette adaptation opérationnelle. Quelques semaines de préparation ont été mobilisées avant l'expulsion des cadres. Ce temps a permis d'organiser les règles de travail avec les quatre employés qui auraient désormais la responsabilité du programme sur Merca. MdM a cherché à :
- Établir des procédures claires de gestion et de suivi des activités.
  - Impliquer les leaders d'opinion dans la validation des processus de recrutement.
  - Diviser les responsabilités, en doublant voire triplant les personnes dans les systèmes de validation.
  - Maintenir des contacts réguliers par courriels (adresses actives et « boîtes mortes » où seuls les brouillons sont rédigés, jamais envoyés, et accessibles par les seules personnes ayant les codes du compte), par téléphone, Skype™.
  - Recourir aux photos et aux vidéos afin d'amener des éléments tangibles pour une meilleure compréhension de la situation.
  - Procéder à la majorité des achats sur Nairobi (pour des raisons de disponibilité des articles, de qualité de ceux-ci, mais surtout de contrôle, limitant ainsi les apports d'argent au seul paiement des salaires et locations diverses).
  - Faire venir régulièrement à Nairobi certains membres MdM basés en Somalie pour des rencontres en face à face.
  - Vérifier de manière aléatoire les registres de stocks, les registres de consultation, la comptabilité en mettant en œuvre un système de triangulation des données médicales et relatives aux stocks.
  - Jouer avec les systèmes de conciliation communautaire dans la gestion des conflits.
  - Recouper des informations grâce à un large réseau de contacts.
  - Assurer que la population s'attend à recevoir les services (afin d'engager notre responsabilité envers l'utilisateur et espérer que l'utilisateur se mobilise s'il constate une réalité différente de celle annoncée).
  - Renforcer les capacités au sein du staff de MdM par la formation de formateurs et plus tard par le développement d'un outil de formation à distance.
- 11 Ces mesures comme ces principes de travail cherchent à ce stade à préserver l'efficacité – adéquation des résultats avec l'objectif – et l'efficacience – adéquation des moyens avec les résultats obtenus.
- 12 Tout au long de la durée de l'intervention, au gré des personnes qui s'impliquent sur la réflexion et le suivi du programme et des agendas individuels, au fil des débats internes à l'association, de nombreuses réflexions sont menées. Elles obligent à constamment revoir les pratiques. Quelques exemples sont présentés ici. Ils concernent les questions des principes humanitaires, de sécurité du projet et des personnes et enfin du *statu quo* induit par le travail à distance.

## Le défi posé aux principes humanitaires

- 13 Afin de préserver les principes d'indépendance, de neutralité et d'impartialité, tout en répondant à l'impératif humanitaire pour les populations civiles, le projet de MdM s'est donc attaché, à la vue du contexte somali, à mettre en place un processus de recrutement

local assurant la prise en compte des dynamiques claniques et des équilibres de pouvoirs. Plus largement, il s'est agi de maintenir une communication directe ou indirecte auprès des acteurs de la zone, sur lesdits principes, lorsque des événements les mettaient en péril et d'aller jusqu'à décider de mesures unilatérales de suspension.

## Une éthique de la gestion des risques

- 14 Refusant l'idée que l'équipe nationale ou locale soit moins sujette à des risques que le personnel international, la décision du management à distance du projet de MdM en Somalie a toujours pris en considération le risque potentiel transféré vers l'équipe locale. En effet, des problèmes peuvent surgir lorsqu'il s'agit de dilemmes relevant de la sécurité, telle l'identification précise des risques pour l'équipe nationale/locale (particulièrement lorsque le personnel minore les risques réels encourus afin de ne pas perdre son emploi) ou la différenciation des risques entre l'équipe internationale et le staff national/local. Derrière ces problèmes, se pose la question de réussir à garder une perception et une analyse justes de la réalité sur le terrain. En effet, une bonne gestion des risques dépendra d'un ensemble d'informations pertinentes. Par conséquent, le mot d'ordre a été d'employer des personnes-ressources ayant une grande connaissance du contexte somalien. En parallèle, le principe de décision unanime au sein de l'équipe permet de faire des choix mesurés où toute décision importante est prise après un débat en interne prenant en compte les opportunités et les contraintes, les risques et les bénéfices, pour trouver une solution adaptée à chaque problème.

## Le réseau, perceptions sur place et acceptation

- 15 Diverses communications ont été envoyées aux communautés et aux administrations locales afin de réaffirmer les principes d'action de MdM et les objectifs du projet. En temps de crise, de même que dans des périodes de relative stabilité, ce type de stratégie a permis de garder une certaine clarté aux yeux des tous les acteurs, y compris les bénéficiaires des services de santé. Dans le passé, cette façon d'agir a produit quelques résultats positifs à Merca, au moment où le projet rencontrait des difficultés.
- 16 Un réseau a pu se développer sur place grâce à la perception que les bénéficiaires des services avaient de la neutralité et de l'impartialité du projet, et grâce à notre compréhension aigüe des dynamiques locales, particulièrement en ce qui concerne les questions claniques et politiques.

## Le piège de la routine

- 17 Au sein de MdM, existe un débat continu sur la pondération entre d'une part, les bénéfices du projet pour la population et d'autre part, les risques. L'acceptation des « risques » est ici prise dans son sens large (ainsi, elle englobe la sécurité des membres du staff et des bénéficiaires, les risques d'une qualité moindre des résultats et même le risque du détournement de l'aide). Ces débats ont lieu entre les membres de l'équipe et au sein

de l'organisation dans son ensemble, à travers des discussions régulières, formelles ou informelles.

- 18 Le *statu quo* qu'implique le management à distance est constamment revisité grâce à la volonté de :
  - Négocier avec les autorités locales un accès sécurisé sur le terrain pour les expatriés.
  - Créer un espace de discussions directes, même en tête à tête hors de Somalie, avec toutes les parties prenantes.
  - Éviter une inertie à MdM qui prolongerait ce *statu quo* par confort.
  - Maintenir une compréhension claire des dynamiques locales.
  - Apporter de nombreuses innovations dans le management opérationnel afin d'éviter qu'une routine ne s'installe.
  - Proposer une stratégie à grande échelle pour toute la région qui créerait une série de projets interconnectés dans le sud de la Somalie et dans le Puntland.
- 19 De manière empirique, tout au long de la vie du programme, une telle intervention s'est construite autour d'idées fortes : être initialement présent dans la zone d'intervention, définir des objectifs de qualité précis et non dérogoires, se doter d'outils de suivi de la situation et investir dans une relation de respect mutuel avec les parties prenantes.

## L'expérience des limites

- 20 À l'automne 2010, MdM fait le constat que la qualité du programme sur Merca se dégrade. Les résultats du travail sur octobre et novembre confortent en effet dans l'idée de la perte de contrôle de la réalité des services délivrés. Il semble d'abord, d'après les registres, que les consultations perdent en qualité ; des incohérences entre symptômes, diagnostics et prescriptions apparaissent. Ensuite, des anomalies portent à croire que la gestion des médicaments souffre de détournements.
- 21 Certes, des éléments conjoncturels peuvent tout au moins partiellement expliquer cette situation. Ainsi, la mission accueille sur le mois d'octobre du personnel d'une ONG dont le centre avait été fermé par les autorités Al-Shabaab. Le couperet était étonnamment tombé au lendemain d'un accord avec MdM pour un appui technique et logistique de la clinique de cette organisation, avec un blanc-seing (a posteriori factice) des autorités. Si le nombre de consultations augmente de 50 % et que la quantité de médicaments distribués croît de 60 %, cela peut être pour des raisons de « compétences » inégales entre soignants. Mais, la période coïncide aussi avec l'imposition d'une taxe par l'administration pour soutenir l'effort de guerre à Mogadiscio : il se peut donc que le personnel ait mis en place une « stratégie d'ajustement » (coping strategy) pour se rembourser. Enfin, la période est globalement troublée suite aux problèmes nés de la volonté de MdM de se développer sur la zone, en appuyant des dispensaires ruraux et en prenant la responsabilité de la maternité de l'hôpital de la cité. Le poids éventuel de MdM dans la ville a pu inquiéter les autorités et générer en retour des actions de déstabilisation.
- 22 Nous avons alors conclu à :
  - Une dégradation des indicateurs utilisés pour la gestion à distance.
  - La limite des outils de suivi à influencer sur les obstacles.
  - L'incapacité à investir une relation d'altérité équitable avec les parties prenantes (employés, communautés, autorités).

- L'incapacité à développer le projet et à en augmenter la sophistication.

23 Toutefois, quelles que soient les raisons objectives derrière la dégradation du lien avec les employés MdM en Somalie et les autres acteurs impliqués, reste l'interrogation plus globale de la durée acceptable d'un programme avec une telle modalité opérationnelle. Il ne semble pas possible de maintenir des activités à distance sans que les résultats n'échappent, à terme, à tout réajustement et s'éloignent définitivement des objectifs. La détérioration progressive de l'efficience et de l'efficacité d'un projet, notamment à cause de stratégies de diversion des acteurs locaux, apparaît simplement inéluctable. Ici, même si preuve est faite de l'adéquation des outils de contrôle à la vue des courts délais de détection des anomalies, il reste que la distance génère certainement des différends, des tensions, des incompréhensions qu'aucune procédure ne peut prévenir éternellement.

## La décision de fermer

- 24 Sur la base de ce constat d'échec, et après trois années de services de base à la population de Merca, décision a été prise de fermer le programme à la fin mars 2011.
- 25 On pourra finalement diviser le temps de l'expérience en quatre séquences. La première – au cours de laquelle MdM est « acteur » – est celle du diagnostic de santé publique, de la programmation opérationnelle et de la mise en œuvre du projet. Elle couvre la période de 2005 à l'automne 2010, avec notamment des expatriés présents sur Merca entre 2007 et 2008, soit la plus grande partie du travail à distance.
- 26 La deuxième, pendant laquelle MdM devient « spectateur », concerne celle de la perte de maîtrise des services, de la qualité et du lien avec les parties prenantes.
- 27 Une troisième séquence, en pointillé pendant les deux premières, mais surtout caractéristique de la période préfermeture, est celle où l'association questionne de nouveau, et de manière aiguë, les conditions nécessaires minimales d'une intervention, et où elle redéfinit sa stratégie. Elle prend alors une posture « d'auteur » de son destin.
- 28 Enfin, arrive la dernière séquence où, de nouveau « acteur », MdM décide de fermer.
- 29 Il est donc intéressant de définir en amont les seuils d'acceptation les plus objectifs qui soient, afin de mesurer régulièrement si un programme géré à distance franchit ou non la « ligne rouge » qu'on s'est fixée. Par ailleurs, et peut-être plus que dans toute autre situation opérationnelle, il est nécessaire de se mettre en mode de travail à distance, en l'ayant préparé le mieux possible en amont, quand le contexte l'oblige, et de l'imaginer alors comme une opportunité de sortie progressive et de passation du programme aux acteurs locaux.
- 30 Par le passé, MdM en Somalie s'est régulièrement posé la question de la durée d'une telle modalité opérationnelle et de la fermeture du programme. C'était dans des contextes de crise où il fallait répondre à une situation d'insécurité ou à des pressions diverses sur le terrain. Pour la première fois peut-être, MdM a eu la possibilité de prendre une décision raisonnée, en dehors de tout contexte d'urgence.
- 31 Après réflexion, il fallait saisir cette opportunité d'être vraiment acteur de sa politique opérationnelle.

---

## NOTES

i. Cf. une définition très proche dans Stoddard A., Harmer A. and Renouf J. S., “*Once Removed*” in *Humanitarian Outcomes*, 25 February 2010.

---

## RÉSUMÉS

Avec la collaboration de Philippe Durand, coordinateur général MdM Somalie, et Bernard Juan, responsable associatif de la Mission Somalie.

Tout a débuté en 2007 à Merca, dans le Lower Shabelle, à quelque 80 kilomètres au sud de Mogadiscio, sur la côte sud de la Somalie. La ville concentre près de deux cent mille personnes, en majorité des clans minoritaires ou des personnes en situation de déplacement suite au conflit qui déchire la région. Longtemps sans réelle administration, même depuis la prise de contrôle par les miliciens Al-Shabaab fin 2008, la ville ne propose toujours pas de services de santé de qualité accessibles à la population. Depuis 1991 et la chute de Syad Barre, le pays n'a d'ailleurs jamais connu la stabilité nécessaire au maintien du système de santé auquel les populations sont en droit d'aspirer. Ce programme fut le résultat d'un engagement fort du conseil d'administration de *Médecins du Monde* (MdM) dans le sens d'un positionnement en zones de conflits.

## AUTEUR

### STÉPHANE BERDOULET

Stéphane Berdoulet est responsable de projets au département des Urgences de [Médecins du Monde](#).